CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS SOLIDES

DU CORDON SPERMATIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Mars 1908

PAR

Paul SERRAIRE

Né à Vence (A. M.), le 17 mars 1869

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1908

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . Doyen
SARDA . . . . Assesseur

Professeurs

Clinique médicale . . . . MM.	GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✻).
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique.	TRUC (✻).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique.	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales . .	RAUZIER.
Clinique obstétricale.	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. de ROUVILLE, PUECH
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées MM.	VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.	de ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, agr. libre.
Médecine opératoire.	SOUBEIRAN, agrégé

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEIRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT Ed.	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

M. IZARD, *secrétaire*.

Examinateurs de la Thèse

MM. TEDENAT (✻), *président*.	MM. JEANBRAU, *agrégé*.
ESTOR, *professeur*.	SOUBEIRAN, *agrégé*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PERE

Faible témoignage de reconnaissance.

A MA FEMME

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

P. SERRAIRE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CARRIEU

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GRANEL

A MESSIEURS LES PROFESSEURS-AGRÉGÉS SOUBEIRAN ET JEANBRAU

A MONSIEUR LE DOCTEUR BALESTRE

AGRÉGÉ DES FACULTÉS

P. SERRAIRE.

AVANT-PROPOS

Parvenu au terme de nos études médicales, nous tenons à remercier la Faculté de Montpellier du bienveillant accueil que nous y avons trouvé.

Nous remercions M. le professeur Tédenat du grand honneur qu'il nous fait, en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous tenons également à témoigner notre gratitude à M. le professeur Granel. M. le professeur Soubeyran a bien voulu nous aider de ses conseils, qu'il reçoive ici l'assurance de notre reconnaissance.

Nous remercions également M. le chef de clinique Martin, qui nous a donné le sujet de cette thèse et nous a fourni quelques renseignements précieux.

Enfin, nous tenons à témoigner notre sympathie aux camarades qui nous ont si cordialement accueilli.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS SOLIDES

DU CORDON SPERMATIQUE

INTRODUCTION

Les tumeurs solides du cordon spermatique sont peu connues. Elles sont signalées dans les ouvrages didactiques. Mais nous n'en trouvons ni la description, ni la discussion. Et cependant, dans le cours de ces dernières années, quelques observations en ont été publiées.

Il est juste de dire que pour beaucoup de cas publiés les renseignements histologiques sont absents ou insuffisants pour servir de base à une étude solide et didactique de ces néoplasies. En abordant cette question, nous n'espérons pas élucider les incertitudes qui la dominent. Nous avons la bonne fortune de pouvoir apporter quelques observations inédites de tumeurs bénignes dues à l'obligeance de M. le professeur Tédenat, nous essaierons donc grâce à ces observations et à celles publiées cette année même par MM. Tédenat et Martin, dans les Archives générales de chirurgie, sous le titre de tumeurs mali-

gnes du cordon spermatique, de grouper ces néoplasies suivant leurs caractères anatomiques, puisque c'est aujourd'hui sur l'anatomie pathologique seule que peut se baser une classification des tumeurs, et nous essaierons de démontrer l'unité de cette question. Nous écarterons du cadre de ce sujet les tumeurs qui ne seraient apparues que secondairement à une tumeur voisine. Nous laisserons également de côté les néoplasies spécifiques (syphilitiques ou tuberculeuses).

Dans un premier chapitre, nous ferons l'historique de cette question, ou, plus exactement, nous rappellerons chronologiquement les travaux qui la concernent.

Dans un 2e chapitre, nous rechercherons les causes qui peuvent être attribuées à l'origine de ces tumeurs.

Puis, nous passerons en revue les caractères macroscopiques et microscopiques qui ont été signalés. Enfin, après avoir décrit les symptômes et tenté d'établir un diagnostic différentiel, nous dirons quelques mots de leur traitement. Nous indiquerons ensuite les conclusions auxquelles nous auront été conduit.

HISTORIQUE

Avant d'aborder l'exposé des faits qui doit faire le fond de ce travail, il nous paraît nécessaire de rappeler les auteurs qui ont apporté leur contribution à l'étude des tumeurs du cordon spermatique. La rareté de ces tumeurs a restreint l'intérêt qu'elles pouvaient soulever et nous ne trouvons pas ici de ces discussions fameuses rappelant les différentes phases qui marquent l'évolution d'une question.

Lesauvage, en 1845, signala des tumeurs albumino-gélatineuses du scrotum, indépendantes du testicule. Boyer, en 1849, dans son traité des Tumeurs des bourses, signale à son tour quelques tumeurs développées aux dépens du tissu cellulaire du cordon spermatique. A la vérité, Dionis, déjà, en 1710, dans son Traité d'opérations, ainsi que Chopart en 1768, et Larrey pendant la campagne d'Egypte auraient rapporté des observations concernant ces tumeurs, mais le point de départ de ces néoplasies paraît douteux. Pelletan dans ses cliniques (3e volume), sous le nom de hernies graisseuses, désigne vraisemblablement des lipomes du cordon ; de même Cloquet dans sa thèse de concours 1819. Lhoumens, puis Terglisson, en 1856, en publient 2 observations.

Enfin Curling, en 1857, dans un Traité sur les maladies du testicule, du cordon et du scrotum, ouvrage traduit

par Gosselin, décrit les lipomes du cordon. Poisson, en 1858, rapporte une observation de tumeur fibreuse et, en 1859, Nélaton signale la rareté du cancer primitif du cordon et ne le décrit pas.

En 1864, Verneuil, puis Louvet, en 1865, signalent 2 cas de tumeurs fibreuses, la dernière avec examen microscopique fait par Hayem.

Bryant, en 1875, observe un sarcome du cordon et du bassin. Tizzoni et Parona publient, en 1877, un cas de sarcome du cordon opéré, suivi de mort par tétanos. Holmes signale la propagation dans le canal inguinal des tumeurs graisseuses du cordon.

Citons encore Armandale, Mamder, Gascayer et nous arrivons à Daniel Mollière qui, en 1881, décrit les lipomes dans le Dictionnaire des sciences médicales. Puis à Brossard, qui classe et étudie toutes les tumeurs solides du cordon. (1884, Archives générales de médecine.)

En 1885, Eben Watson fait le diagnostic des tumeurs non malignes avec les hernies.

Puis quelques observations de lipomes sont rapportées par Péan (Traité des tumeurs de l'abdomen et du bassin), Broca et Delbet, Kock, Gross, Reclus, Duplouy, Reynier, William Anderson. Enfin, en 1894, Karewski signale une tumeur mixte du cordon.

Sarazin, en 1895, donne une excellente étude des lipomes. Deroyer, en 1897, divise les tumeurs du cordon en bénignes, malignes et tumeurs mixtes.

Enfin quelques observations de sarcomes sont publiées et nous devons encore citer Gabryszewki (1898), Pilliet et Pasteau (1898), Fruck (1901) et Pantaloni; Futz Richter, (1902), Bruneau et C. de Satriano (1904), et tout récemment dans les Archives générales de chirurgie (1908), Tédenat et Martin qui ont étudié les tumeurs malignes.

ETIOLOGIE

Les tumeurs solides du cordon spermatique sont rares. On sait qu'elles se développent à tout âge, plus communes chez l'enfant que chez le vieillard, et observées avec un maximum de fréquence entre 35 et 50 ans. Toujours unilatérales, elles affectent indifféremment le côté droit ou gauche.

Nous ne connaissons pas les causes qui déterminent leur apparition ; les arthritiques y seraient prédisposés et les traumatismes paraissent influencer leur développement; il en est ainsi des pressions répétées dues au port d'un appareil et notamment d'un bandage herniaire, de l'irritation d'une tumeur ou inflammation de voisinage. Comme preuve, nous citerons le cas rapporté par Hüe (de Rouen), où une chute à califourchon sur une solive fut suivie de l'apparition d'un lipome du cordon.

Nous ferons observer toutefois que cette action prédisposante de la contusion ne peut que rarement être invoquée.

L'hérédité n'est pas signalée dans les observations publiées.

Quant à la fréquence relative de ces néoplasies, bien que l'examen microscopique absent ou incomplet pour beaucoup de cas de ces tumeurs, restreigne les certitudes, nous pouvons dire que les tumeurs malignes sont à peu

près aussi fréquentes que les tumeurs bénignes : les plus souvent observées sont les lipomes, qui sont fréquents, puis les sarcomes et les myxomes dans le groupe desquels nous croyons devoir placer les tumeurs dites albumino-gélatineuses, assez souvent signalées.

Quant aux fibromes, ils sont extrêmement rares, mais il ne paraît cependant pas possible de les nier, comme serait tenté de le faire Daniel-Mollière, dans le Dictionnaire des Sciences médicales. Si beaucoup de cas signalés comme tels sont très discutables, il en est au moins un rapporté par Fergusson (*The Lancet*, 1856), dont le diagnostic est incontestable.

Plus rares encore seraient les cancers primitifs, dont 6 ou 7 cas, tout au plus, auraient été rapportés ; et encore, n'avons-nous aucun détail sur l'examen microscopique de ces cancers. Seule, l'observation de Tédenat rapportée par Vieu, paraît justifier l'existence de ces tumeurs.

Enfin, quelques cas paraissent plus vraisemblablement devoir être considérés comme des tumeurs mixtes, qui ne seraient pas sans analogie avec les tumeurs de la parotide.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous étudierons successivement les caractères macroscopiques et microscopiques que présentent ces différentes tumeurs.

1° Les lipomes peuvent, d'après leur siège, être divisés en deux catégories : ceux qui se prolongent dans le canal inguinal, simulant des hernies ; ceux qui, restant en dehors du canal, pourront occuper le scrotum et être confondus avec des tumeurs du testicule. Leur forme ainsi que leur volume sont variables : les uns, petits, sont formés de lobules graisseux pédiculés et accolés les uns aux autres. Ils prennent naissance dans le tissu cellulo-adipeux qui double le péritoine, et il se peut que la tumeur, entraînant le péritoine dans le canal inguinal, un entonnoir se produise qui deviendra le siège d'une formation herniaire.

D'autres, au contraire, plus volumineux ou, du moins, devenant rapidement plus volumineux, se développent dans le tissu cellulaire du cordon et dans la partie la plus voisine des bourses. Ils peuvent être lobulés, en chapelet et affectant le plus souvent une forme arrondie. Fréquemment du volume d'une noix et plus souvent d'une mandarine, ils peuvent atteindre des dimensions considérables. Leur consistance est molle, non élastique, rappelant l'épiplocèle irréductible, pouvant donner la

sensation d'une fausse fluctuation. A la coupe, on trouve des tractus fibreux dans lesquels sont compris les éléments du cordon, absolument adhérent au tissu néoplasique.

Microscopiquement, on trouve des cellules adipeuses groupées en lobules qui se réunissent pour former des lobes séparés par des cloisons de tissu conjonctif lâche.

Des vaisseaux pénétrant la surface du lipome en plusieurs points vont, en suivant les cloisons conjonctives, se répandre en un réseau dont les mailles enveloppent les cellules adipeuses.

Rapports de la tumeur avec les organes voisins. — Enveloppée d'une coque dense, fibreuse, blanchâtre, formée par les enveloppes du cordon, elle n'adhère jamais à la face profonde de la peau. Le tissu cellulaire sous-cutané reste toujours sain, mais la surface du scrotum présente une circulation veineuse anormale. Si la tumeur est petite, elle s'isole facilement des éléments du cordon par décortication. Après son développement, elle adhère intimement au testicule, que le plus souvent elle enveloppe.

2° Les fibromes se développent lentement, ils arrivent à un volume considérable, pouvant envahir les bourses et le canal inguinal, mais n'atteignant pas le volume des lipomes. De forme irrégulière, ils ont une consistance dure, élastique. Ils sont entourés par les enveloppes du cordon aux dépens du tissu conjonctif interstitiel duquel ils se développent; les éléments du cordon adhèrent au tissu néoplasique. A la coupe, le tissu crie sous le scalpel; il présente un aspect blanc nacré légèrement jaunâtre, semé d'un piqueté répondant à l'ouverture des vaisseaux.

Microscopiquement, ces tumeurs sont formées de travées fibreuses concentriques entrecroisées en tous sens

et séparées par des cellules plates. Les organes voisins ne présentent aucune lésion appréciable. La tumeur n'est pas adhérente au scrotum, elle englobe le testicule.

Les ganglions correspondants sont toujours sains. Ces tumeurs peuvent subir la dégénérescence graisseuse ou même s'ossifier.

3° Les myxomes ne présentent rien de particulier à signaler au point de vue macroscopique : « Leur tissu est blanchâtre, élastique, peu consistant ; il se déchire irrégulièrement et les surfaces présentent l'aspect pulpeux des pseudo-membranes.

» Microscopiquement on y aperçoit une grande quantité de vaisseaux sanguins en néoformation et souvent un certain nombre de petits kystes bien organisés.

» Ce tissu conserve toujours la même structure, quelles que soient l'étendue et l'ancienneté du développement de la tumeur. Jamais il n'éprouve ni dégénérescence, ni transformation.

» Les organes voisins ne sont pas envahis. La peau qui les recouvre n'est jamais adhérente et les ganglions lymphatiques ne subissent pas d'engorgement secondaire .»

Tels sont, d'après Brossard, les caractères anatomiques de ces myxomes ; l'on sait aujourd'hui qu'ils peuvent subir la dégénérescence sarcomateuse. Les myxomes sont très rares, peut-être même n'existeraient-ils pas, et ils rentreraient alors dans le groupe des tumeurs mixtes, sous le nom de myxo-sarcomes.

4° Les sarcomes siègent le plus souvent dans la partie funiculaire du cordon, au voisinage de l'épididyme. La richesse de cette région en résidus embryonnaires explique-t-elle cette localisation fréquente?

Leur volume est considérable et va jusqu'à atteindre la grosseur d'une tête d'enfant. La forme en est inégale, bosselée ; leur consistance est généralement ferme, variable suivant les points considérés.

Ils sont isolés des autres organes par une capsule fibreuse qui les entoure, et les ulcérations sont bien plutôt le fait de la distension que de l'envahissement néoplasique. Lorsque la capsule est rompue, la propagation a lieu, l'évolution en est rapide, et cette raison explique les ablations suivies de récidive avec généralisation. Ces tumeurs présentent à la coupe un aspect blanc rosé, souvent granuleux, elles sont très vasculaires et présentent au microscope d'abondantes cellules embryonnaires, elles donnent au raclage un suc blanchâtre.

5o Les carcinomes sont de consistance dure, présentent une surface noduleuse. Le tissu crie à la coupe, il présente un aspect grisâtre parsemé de tractus fibreux et de points jaunes ayant subi le ramollissement.

Microscopiquement, des travées fibreuses s'aperçoivent, entourant des alvéoles au sein desquelles se trouvent des cellules arrondies ; on y voit aussi des cellules cubiques à gros noyaux fortement colorés ; à la périphérie, on observe, circonscrivant une lumière régulière, de longues cellules cylindriques réunies en longs boyaux.

Si l'on envisage les organes voisins, l'on constate que les veines du cordon sont dilatées. Le canal déférent ne peut s'isoler du tissu néoformé. L'épididyme, bien que d'un tissu pâle et ramolli, reste sain. Enfin, les ganglions sont normaux.

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes observés dans les tumeurs du cordon spermatique varient suivant la nature de la tumeur; nous décrirons donc l'aspect clinique particulier à chaque variété.

1° *Lipomes.* — Leur début est insidieux, et c'est fortuitement que le malade s'avise de la tumeur. S'il s'agit d'un lipome extra-inguinal, le porteur s'avise d'une petite masse molle, indolore, roulant sous le doigt, et du volume d'une noisette. Distincte à ce moment du testicule, elle n'est ni transparente, ni fluctuante ; elle s'accroît sans phénomènes douloureux, puis, dans un temps variant de quelques mois à quelques années, elle envahit le scrotum.

Dès lors elle devient gênante, et la gêne fonctionnelle croît en raison directe du volume de la tumeur. On peut en donner comme exemple, le cas du malade de Karewski, lequel, lorsqu'il voulait s'asseoir, devait d'abord déposer sa tumeur à terre, pour ne pas être entraîné par son poids.

L'examen de la région fait reconnaître une tumeur unilatérale, ovoïde.

Les testicules sont masqués par la distension des bourses, les veines scrotales sont variqueuses. La verge est,

suivant le mot de Broca, « avalée par cette distension des bourses ». Le coït est devenu impossible. On n'observe pas d'engorgement ganglionnaire. A la palpation, la tumeur est le plus souvent molle, indolente, faussement fluctuante. Elle n'adhère pas à la peau, et cette mobilité du tégument à sa surface est un des bons signes du diagnostic. Le lipome est placé en avant du cordon, et le testicule rejeté en bas ; ce dernier est quelquefois inaccessible à la palpation, englobé par la néoplasie.

Enfin un caractère que présentent quelques lipomes, et qui peut égarer le diagnostic, c'est la réductibilité, et aussi l'augmentation de volume par la toux et la station verticale.

Curling signale un cas, où, le malade dès qu'il était debout, éprouvait une sensation de pesanteur et de gêne ; la tumeur devenait douloureuse jusqu'à ce qu'il se présentât à la selle, après quoi elle redevenait indolore.

Curling explique ce symptôme par une gêne circulatoire de la tumeur due à l'accumulation des matières dans l'S iliaque.

Signalons encore la possibilité d'accidents intestinaux simulant l'étranglement herniaire.

L'état général de ces malades est souvent bon, ce qui a pu faire dire à certains observateurs, que ces tumeurs ne se développeraient que chez des sujets de constitution robuste. Cependant, chez un malade porteur de lipome du cordon, Hüe avait noté l'amaigrissement, la perte des forces, la diminution de l'appétit, en somme quelques signes de cachexie.

Les *fibromes* présentent beaucoup de symptômes qui leur sont communs avec les lipomes ; cette homologie clinique est due à la région qui, pour ces tumeurs, tou-

tes deux bénignes, ne peut présenter que des détails d'aspect que nous allons signaler.

C'est généralement par leur volume qu'elles attirent l'attention du malade qui consulte alors un chirurgien.

La gêne fonctionnelle est à peu près le seúl signe subjectif, la douleur est rare ; en effet, elle n'apparaît que si lé développement est considérable. Il n'y a pas de retentissement sur l'état général. A l'inspection, on reconnaît une tumeur ovale, opaque et recouverte d'une peau non altérée. Les organes voisins sont sains. Les ganglions lymphatiques ne présentent rien d'anormal. Le canal inguinal est souvent distendu. La percussion dénote la matité.

A la palpation, on a la sensation d'une masse distincte du testicule, adhérente au cordon dont on ne perçoit plus l'isolement. Ces tumeurs ne donnent pas toujours l'impression de dureté caractéristique des fibromes, parfois même on croit à une fluctuation qui peut faire songer à un kyste. Toutefois cette fluctuation n'apparaît nettement et est alors évidente, que dans les cas de dégénérescence muqueuse ; cette dégénérescence est tardive, elle ne s'observe guère que chez le vieillard.

Myxomes. — Ils surviennent sans douleurs, mais peuvent exercer une compression douloureuse sur les organes voisins qu'ils n'envahissent jamais. Ces tumeurs ne sont pas transparentes, bien que donnant l'impression très nette de fluctuation. Elles n'adhèrent pas à la peau, mais celle-ci peut présenter des ulcérations dues à la pression ou au frottement. Les ganglions lymphatiques restent sains.

Les *sarcomes* débutent par une nodosité indolore qui

s'accroît ou progressivement et régulièrement, ou par poussées successives.

Il n'y a pas d'autres signes fonctionnels que la gêne, celle-ci s'observant en raison du volume de la tumeur, pouvant gêner la marche. Cette gêne tardive explique la rareté de l'intervention précoce.

Cependant Monod et Terrillon ont signalé des douleurs névralgiques avec irradiations dans les lombes et le long de la cuisse. On retrouve ici la dilatation des veines superficielles du scrotum. Enfin, la tumeur inégale et bosselée, englobe le testicule qu'on ne reconnaîtra au palper que par sa sensibilité spéciale. La peau, bien que non adhérente, peut être ulcérée. Les ganglions lombaires sont pris ; la généralisation se fait au tissu cellulaire du petit bassin.

Les *carcinomes* ont ici, comme dans toute autre région, un début insidieux et lent. Après une longue période d'indolence, la tumeur devient douloureuse. Elle est irréductible. Elle est de forme ovoïde, elle présente une consistance dure, noduleuse. Jusqu'ici les ganglions observés étaient sains dans les cas de carcinomes.

Les *myxomes* se développent peu à peu sans envahir les organes environnants. Ils peuvent par frottement déterminer des excoriations cutanées dont l'évolution n'a généralement rien de grave. Leur ablation n'est pas suivie de récidives.

Sarcomes. — Nous avons vu en étudiant les symptômes des sarcomes que les ganglions lombaires étaient rapidement envahis ; dès lors on s'explique la rapide généralisation de ces tumeurs. Ce sont, en effet, les premiers

stades de leur développement qui sont les plus lents, puis dès que le processus néoplasique a débordé le cordon, l'envahissement est rapide.

Le sarcome gagne le tissu cellulaire du petit bassin et même le péritoine par le canal inguinal ; ainsi se fait la généralisation aux autres organes, rendant malignes ces tumeurs qui presque toujours récidivent, l'ablation n'étant généralement pas assez précoce pour éviter la récidive.

Carcinome. — Il est difficile de fixer l'évolution de ces tumeurs, leur rareté est extrême, et sur trois observations que nous connaissions, deux sont douteuses. Celle qui paraît certaine relate la mort du malade cinq mois après l'opération. La récidive y est considérée comme fatale, et, bien que l'engorgement ganglionnaire n'ait pas été observé, on croit à la propagation rapide de ce processus néoplasique.

ÉVOLUTION

Nous venons de passer très rapidement en revue les symptômes que l'on peut attribuer, malgré le petit nombre d'observations connues, à chaque variété de ces tumeurs solides du cordon. Il nous faut maintenant essayer de montrer l'évolution de chacune d'elles.

On peut à ce point de vue, les distinguer en bénignes et malignes. Parmi les premières, nous rangerons les lipomes, les fibromes et les myxomes. Parmi les secondes, les sarcomes et les carcinomes.

Les lipomes peuvent s'accroître d'une façon considérable, mais cet accroissement est variable, et on cite des lipomes du cordon restés petits pendant plus de 20 ans.

La rapidité d'évolution de ces tumeurs n'est pas en rapport avec l'âge du malade, et les traumatismes ne paraissent pas les influencer d'une façon spéciale.

Nous pouvons dire que ces tumeurs sont réellement bénignes, il n'existe pas de cas de lipome ayant entraîné la mort. La marche en est le plus souvent lente, elle est chronique et envahissante. La transformation en tumeurs mixtes, est possible.

Les fibromes bénins également, se développent avec lenteur et peuvent demeurer très longtemps avec un vo-

lume petit. Ils peuvent subir la dégénérescence muqueuse ou kystique, mais ces dégénérescences, lorsqu'elles se produisent, sont tardives ; on les observe surtout chez les vieillards.

Enfin, on a signalé dans l'évolution de ces tumeurs la possibilité d'une récidive après une première ablation. Cette récidive ferait penser plutôt à un fibrome dégénéré, ou à une tumeur fibreuse mixte.

La rareté des fibromes observés ne nous donne pas de renseignements assez nets pour permettre de discuter sur ce point avec quelque certitude.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de ces tumeurs est chose difficile, souvent impossible. Sans doute reconnaître l'existence d'une tumeur dans cette région est le plus souvent chose aisée. Mais encore faut-il, après avoir acquis la certitude que la tumeur dépend du cordon et que c'est au niveau du cordon qu'elle a pris naissance, écarter l'hypothèse d'une hernie, diagnostic d'autant plus ardu que souvent une hernie vient compliquer les tumeurs dont nous nous occupons. Il faut ensuite écarter les tumeurs liquides plus fréquentes à ce niveau. Et enfin lorsqu'on a reconnu qu'on avait affaire à une tumeur solide, en préciser la nature. Ce diagnostic de variété est, à la vérité, un diagnostic qui ne se fait le plus souvent que sur la table d'opération.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic positif. Et nous allons tout de suite éliminer les différentes hypothèses qui pourraient se présenter à notre esprit.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic avec les hernies ; elles sont réductibles et molles, ce qui n'est pas la règle dans les tumeurs solides du cordon ; toutefois, une épiplocèle irréductible, dure et adhérente aux éléments du cordon, peut induire en erreur le chirurgien. Mais alors il faudra se baser sur les commémoratifs ; l'apparence

brusque de la tumeur est en faveur d'une épiplocèle ; la lenteur de l'évolution fait, au contraire, penser à une néoplasie. Enfin le canal inguinal sera plus dilaté dans le cas d'épiplocèle, et les éléments du cordon seront plus distincts ; l'évolution vérifierait le diagnostic.

Quant au varicocèle, il se différenciera par la sensation spéciale qu'il donne au palper, par l'augmentation de volume sous l'influence de la compression et de la station verticale. Nous devrons aussi distinguer les tumeurs solides du cordon des tumeurs pouvant se développer aux dépens des enveloppes des bourses et des organes qu'elles contiennent.

Longtemps d'ailleurs on a confondu ces deux ordres de néoplasies sous le nom de tumeurs des bourses, et il faut bien reconnaître qu'il est souvent difficile de savoir si l'on est en présence d'une tumeur primitivement développée aux dépens du cordon ou ne l'ayant envahi que secondairement. Les tumeurs éléphantiasiques du scrotum se distinguent par l'épaisseur de la peau brune et adhérente (la tumeur, en effet, est alors développée dans le derme), tandis que la peau est toujours libre dans les néoplasies qui nous occupent. Enfin les tumeurs développées aux dépens de l'épididyme ou du testicule seront difficilement différenciées des tumeurs primitives du cordon ; là ce ne seront que les commémoratifs et les renseignements fournis par le malade sur la marche du processus néoplasique qui feront le diagnostic. Rappelons qu'on peut confondre ces tumeurs avec une hydrocèle ou surtout une hématocèle vaginale où la transparence est nulle, et nous savons que les lipomes peuvent donner la même fluctuation. Enfin la maladie kystique du testicule, par son évolution également lente, par sa fluctuation inégale,

embarrassera vivement le chirurgien si une ponction exploratrice ne vient lever ses doutes.

Mais là ne s'arrêtent pas les difficultés du diagnostic ; nous avons reconnu une tumeur primitive du cordon, il nous reste à savoir si elle est liquide ou solide. Les tumeurs liquides qui prêtent le plus souvent à la confusion sont l'hydrocèle et l'hématocèle enkystées.

Mais l'hydrocèle enkystée est généralement transparente et douloureuse, son développement rapide ; quant à l'hématocèle enkystée, elle succède le plus souvent à une hydrocèle ; elle est consécutive à un traumatisme ou à une funiculite, et les commémoratifs permettent quelquefois de la diagnostiquer.

Enfin nous reconnaissons que la tumeur est solide, à quelle variété avons-nous affaire ?

Si c'est une tumeur bénigne, elle est plus volumineuse, indolente, son développement est plus lent, elle n'adhère pas à la peau, les ganglions sont sains, l'état général du malade est bon.

Entre elles les tumeurs bénignes se distingueront par leur consistance plus ou moins dure. Si au contraire il s'agit d'une tumeur maligne, le volume sera petit, l'évolution rapide, les ganglions lombaires seront pris.

Il paraît impossible de différencier entre elles par le diagnostic clinique les tumeurs malignes. Quant aux complications qui peuvent venir augmenter encore la difficulté du diagnostic, ce sont : 1° la pointe de hernie ou la hernie vraie accompagnant souvent les lipomes ; 2° les phénomènes intestinaux qui, à un esprit non averti, pourraient en imposer pour un étranglement herniaire.

PRONOSTIC

Le pronostic des tumeurs solides du cordon est extrêmement variable au point de vue de la vie du malade, suivant la tumeur considérée. Quant au pronostic fonctionnel, il est le même qu'il s'agisse de tumeurs bénignes ou malignes.

Le pronostic *quoad vitam*, bénin pour les lipomes et les fibromes, sera très sombre dans les cas de sarcomes et de carcinomes. Toutefois, nous ne devons pas oublier que les lipomes favorisent les hernies, et qu'ils peuvent présenter tous les signes de l'étranglement interne. On a observé leur transformation maligne. Enfin, nous rappellerons que les fibromes peuvent subir la dégénérescence kystique et récidiver après ablation.

Au point de vue fonctionnel, le pronostic dépend du volume de la tumeur et de son évolution. Il dépend aussi du sort du testicule dans le développement de la néoplasie, ce pronostic est alors indépendant de la variété de tumeur.

En résumé, le pronostic sera bénin pour les lipomes, fibromes et myxomes, mais on fera des réserves sur leur transformation toujours possible en tumeurs mixtes. Le pronostic est à peu près fatal quand il s'agit de carcinomes ou de sarcomes.

TRAITEMENT

Le traitement rationnel des tumeurs solides du cordon est l'ablation. Cette ablation doit toujours être précoce. En effet, si dans les tumeurs bénignes il est possible sans danger pour la vie du malade, d'attendre, il faut bien savoir que l'opération tardive présente une certaine gravité, puisque le développement de la tumeur ayant atteint le testicule, il faut recourir à la castration. Et si parfois le testicule était sain, la tumeur, trop intimement liée aux éléments du cordon, ne pourrait être dissociée du canal spermatique qu'il faudrait sacrifier.

Dans l'intervention précoce, au contraire, on peut isoler le canal spermatique que l'on décortique avec le doigt et on pratique alors l'ablation de la tumeur, laissant au malade son testicule en pleine vitalité et évitant ainsi, sinon des accidents locaux, du moins ces accidents nerveux qui, chez certains malades, accompagnent toute intervention pouvant atteindre à leur virilité.

Cette ablation précoce n'a aucun danger, elle présente encore l'avantage de prévenir les hernies dont les lipomes notamment favorisent l'apparition. D'autre part, comme le diagnostic de variété de la tumeur est incertain, l'ablation est prudente. L'intervention doit être rapide.

Nous passerons donc sous silence les moyens médicaux

que l'on a employés, sans succès d'ailleurs, contre la marche envahissante de ces tumeurs. Nous n'aurons en vue que le traitement chirurgical dont il reste à signaler les particularités.

Dans les tumeurs bénignes, après toutes les précautions d'antisepsie et d'asepsie, sur lesquelles nous croyons inutile d'insister, on fera une incision longitudinale sur la face antérieure de la tumeur, incision qui sera linéaire ou en raquette. La tumeur étant mise à nu, sera décortiquée, et si cette décortication est impossible, on disséquera les enveloppes des bourses recouvrant la tumeur. Les vaisseaux seront liés, puis, on ira à la recherche du testicule et du cordon qu'il importe d'isoler de la tumeur, afin de les conserver ; là est le point important de l'opération. On recherchera le prolongement possible de la tumeur dans le canal inguinal, on le dissociera également du cordon. Enfin, on vérifiera l'orifice inguinal, qui, souvent distendu, donne passage à une anse intestinale, faisant hernie. Il faudrait alors restaurer l'anneau par le procédé de Bassini ou tout autre, afin de mettre le malade à l'abri d'une récidive ou d'une hernie.

Les lambeaux de peau, généralement trop longs, seront réséqués. Puis on suturera soit aux crins de Florence, soit avec les agrafes de Michel.

Les accidents qui peuvent se produire au cours de cette intervention sont la blessure du testicule et la lésion du canal spermatique, accidents qui nécessiteront le plus souvent la castration. Quant aux complications post-opératoires; on a cité la septicémie aiguë chez un malade de Kocher et le tétanos chez un malade de Tizzoni.

Parfois, on pourra, à la sortie du malade, lui conseiller le port d'un bandage.

Dans les cas de tumeurs malignes, le traitement opéra-

toire restera le même ; toutefois, on apportera un soin minutieux à enlever tous les éléments aberrants qui pourraient devenir le point de départ d'une récidive ; il sera prudent d'extirper les ganglions lymphatiques voisins, quoique d'apparence saine. Et d'ailleurs, dans ces cas de tumeurs malignes, l'intervention doit être large car là encore on peut dire, avec Ollier, que « la chirurgie la plus conservatrice est celle qui enlève le plus. » La castration pourra donc paraître souvent indiquée. Ces indications nous paraissent être les suivantes : 1° la tumeur a un volume considérable; 2° la tumeur, mal limitée et diffuse, englobe les organes ambiants dont elle est inséparable ; 3° le canal déférent ou l'artère spermatique ont été blessés au cours de l'opération.

OBSERVATIONS

Observation Première

(Professeur Tédenat)

Fibro-lipome du cordon spermatique droit du poids de 225 grammes

Excision. — Guérison

Louis Nap. ., 37 ans, Bonne santé habituelle. Fièvre typhoïde peu grave à 16 ans. Blennorrhagie à 21 ans sans complications. Rien à noter dans les antécédents de famille, sauf rhumatisme déformant chez la mère morte à 64 ans.

Depuis cinq ans le malade s'est aperçu d'une tumeur occupant la région inguinale droite. Elle avait le volume d'une grosse noix, était mobile, indolore. Prise pour une hernie, le malade a porté un bandage. Peu à peu la tumeur a augmenté, depuis six mois, très rapidement. Elle reste indolore.

15 février 1895. — La tumeur a le volume de deux poings. De forme ovoïde, elle dépasse de trois travers de doigt par en bas l'orifice inférieur du trajet inguinal qui l'étreint. La portion la plus volumineuse distend la région inguino-abdominale et plonge dans l'abdomen. Quelques veines dilatées sur le scrotum. La tumeur est dure, lisse, sauf une menue saillie grenue à sa partie inférieure.

18 février. — Incision de dix centimètres selon l'axe de la tumeur qui se confond avec celui du lobe inguinal. On arrive sur la tumeur après incision des muscles petit oblique et transverse qui forment une couche très amincie. La tumeur se laisse facilement décoller des veines du cordon dilatées et du canal déférent. — Hémorragie insignifiante (4 ligatures) — Capitonnage par un surjet au catgut en deux plans superposés. Six points de suture au crin de Florence pour la peau.

Réunion immédiate. Guérison complète le 10 mars. Le malade a été revu en parfaite santé en 1902, c'est-à-dire 7 ans après l'opération.

Fibrome pur avec, à sa partie inférieure, une masse lipomateuse indurée, grenue, du volume et de la forme d'une datte, adhérente à la masse principale.

Observation II

Recueillie dans le service de M. le professeur Tédenat. Publiée par MM. Tédenat et Martin. (Arch. gén. de chir., 1908.)

C... Louis, âgé de 66 ans, entre à l'hôpital le 22 octobre 1907 pour une tumeur siégeant au niveau de la région inguinale gauche.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

Il remarqua, il y a trois mois, au niveau d'un point correspondant à l'orifice externe du canal inguinal gauche, la présence d'une tumeur de la grosseur d'un pois chiche non douloureuse. Cette tumeur a progressivement augmenté de volume jusqu'à l'arrivée du malade à l'hôpital, déterminant en dernier lieu seulement une légère gène fonctionnelle.

Le malade urine normalement pendant la journée et 4 ou 5 fois pendant la nuit, et les mictions nécessitent un léger effort qu'explique le volume de la prostate constaté à l'examen.

Bon état général, pas d'amaigrissement.

Examen. — On voit au niveau de la région inguinale gauche une tumeur du volume d'un poing d'enfant, située au-dessus du pli inguinal, en forme de tronc de cône aplati de haut en bas, dont le grand axe est parallèle à l'arcade et le sommet en avant, en bas et en dedans. Par la palpation, on sent que cette tumeur, sur laquelle la peau est mobile, est d'une dureté cartilagineuse à peu près également sur toute sa surface ; elle est en forme de sablier et constituée par une partie superficielle et interne, de la grosseur d'une noix, à peu près lisse, séparée de la seconde partie plus grosse par un étranglement au niveau duquel il semble y avoir une certaine mobilité d'une partie de la tumeur sur l'autre ; la seconde partie de la tumeur remonte jusqu'à une ligne passant par les épines iliaques antéro-supérieures, elle s'enfonce profondément dans la fosse iliaque et, sans être tout à fait fixe, elle paraît présenter avec les plans profonds des connexions intimes, surtout lorsqu'on essaye de la mobiliser transversalement. A la partie inféro-interne de la tumeur, au-dessus de l'épine du pubis, on sent les deux piliers du canal inguinal et on a nettement l'impression que la partie étranglée de la tumeur correspond à l'orifice externe de ce canal.

Les deux testicules qui occupent dans les bourses leur place normale paraissent absolument sains, l'épididyme ni le cordon ne présentent de modifications cliniquement sensibles. La prostate est grosse, mais de consistance partout élastique.

Le *diagnostic* est très difficile à poser. Il semble bien que nous sommes en présence d'une tumeur maligne développée dans le canal inguinal ou venue de la profondeur, mais s'agit-il d'une tumeur du cordon, d'une tumeur développée aux dépens des ganglions rétro-cruraux ou du tissu conjonctif de la fosse iliaque ? Il est impossible de le dire cliniquement.

Opération le 7 novembre 1907. — Incision sur la tumeur, parallèle à l'arcade crurale. Nous tombons sur l'aponévrose du grand oblique. Tout de suite nous constatons que la tumeur fait saillie à travers l'orifice externe du canal inguinal et se continue sans ligne de démarcation avec le cordon spermatique dont les enveloppes sont épaissies, mais qui ne présente pas de noyau d'induration néoplasique. Dans un deuxième temps nous sectionnons les plans aponévrotiques et musculaires, puis nous les séparons de la tumeur à laquelle ils adhèrent intimement. Les adhérences de la tumeur sont encore plus considérables dans la profondeur, et la libération devient si difficile à la partie supéro-externe que, pour voir plus clairement et éviter l'artère iliaque externe, nous sectionnons la partie de la tumeur déjà libérée et nous l'enlevons du champ opératoire en même temps que le testicule et le cordon avec lequel elle fait corps. La présence des vaisseaux n'est pas le seul danger qu'il faut éviter. Il faut aussi ménager une anse intestinale, probablement l'S iliaque et son méso à laquelle la tumeur adhère. Aussi l'extirpation de la seconde partie de la tumeur est-elle d'une extrême difficulté et ne peut être menée à bien qu'en disséquant très minutieusement au bistouri et aux ciseaux.

Reconstitution des plans musculaires et fermeture au catgut de l'anneau inguinal, suture de la peau aux crins de Florence.

Pièce anatomique. — Examen macroscopique. — La tumeur est contenue dans la tunique fibreuse du cordon épaissi. La surface de la coupe est blanc grisâtre, avec, par places, des travées de tissus nacrés, ailleurs des points plus ou moins caséifiés. Après avoir incisé la tunique fibreuse dans toute sa longueur, il est facile de retrouver les éléments du cordon, normaux au-dessus de la tumeur; le canal déférent n'est pas augmenté de volume, n'est pas induré, mais il se continue directement avec le pôle inférieur de la tumeur, sans ligne de démarcation aucune et sans qu'il soit possible de le suivre dans l'intérieur du tissu néoplasique.

Il est évident qu'il s'agit d'une tumeur du cordon.

Les suites opératoires ont été normales, et le malade sort de l'hôpital le 7 décembre avec une bonne cicatrice.

Examen histologique. — La surface de coupe présente de larges placards de tissus difficilement colorables, partiellement ou totalement nécrosés, mais sans fonte totale du tissu. Par endroits, formant des nappes plus ou moins volumineuses et dans certaines préparations comprenant la plus grande surface de la coupe, existe le tissu vivant de la tumeur constituée :

1° Par du tissu fibreux, dense, parcouru d'espaces lymphatiques dilatés et de quelques traînées de cellules sans caractères précis ;

2° Par du tissu fibro-sarcomateux : tissu formé de fibres denses parsemées de cellules fusiformes, mais surtout de traînées fines de cellules assez volumineuses, à gros noyaux, à prolongements légèrement étoilés ; de place en place, dans des espaces conjonctifs plus élargis, la prolifération cellulaire comprend quelques cellules volumineuses à noyaux multiples.

Pas de nappes de sarcome. Le tissu fibreux est disso-

cié par la prolifération cellulaire en une fine trame qui délimite des traînées et des amas de cellules assez volumineuses, à gros noyaux chargés de chromatine et à protoplasma clair ; parmi les cellules de type nettement sarcomateux, on trouve des figures de karyokinèse et d'assez nombreuses cellules géantes.

De ces amas cellulaires partent des pointes d'infiltration qui pénètrent dans le tissu conjonctif voisin pour former des traînées (type fibro-sarcome). C'est aux dépens des foyers sarcomateux que se fait surtout la dégénérescence, mais elle peut atteindre une surface considérable et porter sur les cellules sarcomateuses des régions de progression.

Diagnostic histologique — *Fibro-sarcome avec des foyers sarcomateux typiques à cellules géantes.*

Observation III

Recueillie par M. Vieu, dans le service du professeur Tédenat.

(Empruntée au mémoire de MM. Tédenat et Martin. — *Arch. gén. chir.*, 1908)

Carcinome du cordon spermatique. — Excision du testicule, du cordon, des ganglions iliaques internes. — Guérison suivie de récidive 23 mois après.

Jacques N., 42 ans, est adressé à M. le professeur Tédenat, le 26 mai 1891, par le docteur Lemanon.

Cet homme, de bonne santé habituelle, est exempt de syphilis, de blennorrhagie, de rhumatisme. Il ne tousse pas et ne présente aucune lésion appréciable des poumons, ni des autres grands viscères. Rien à signaler d'important chez ses ascendants ou ses collatéraux. Marié à 26 ans, il a eu 3 enfants qui ont 14, 12, 7 ans et se portent bien.

Il y a six mois, il consulta M. Lemanon pour une tu-

meur existant depuis 2 ou 3 mois et pour laquelle il portait un bandage herniaire. Cette tumeur était indolore, irréductible. Le docteur Lemanon exclut le diagnostic hernie, déconseille le port du brayer et prescrit une pommade à l'iodure de plomb et une potion à l'iodure de potassium.

La tumeur augmente lentement de volume. Depuis 3 mois, elle grossit plus rapidement et est douloureuse.

Etat actuel. — Santé générale bonne. Tumeur ayant la forme d'un ovoïde allongé. Son extrémité inférieure est distante de un travers de doigt du globus major de l'épididyme, son extrémité supérieure pénètre dans l'abdomen à travers le trajet inguinal. Son diamètre est de trois centimètres environ dans la portion scrotale, de cinq dans la portion intra-inguinale; sa portion intra-abdominale s'étale sur une base de six à sept centimètres. La consistance de la tumeur est dure, sa surface est noduleuse. Pas d'hydrocèle, un peu d'ectasie des veines du cordon; pas d'œdème des bourses. Le toucher rectal ne fournit aucun renseignement. La tumeur fait partie du cordon spermatique gauche. Son développement indolore est lent pendant les quatre ou cinq premiers mois, l'absence de toute uréthrite excluant le diagnostic funiculite. L'absence des lésions épididymaires ou prostatiques exclue le diagnostic tuberculose. La dureté de la tumeur, son évolution lente d'abord, puis rapide depuis trois mois, sont en faveur du diagnostic sarcome auquel s'arrête M. Tédenat. L'épiplocèle est exclue par le point de départ extra-inguinal, par l'irréductibilité.

24 mai. *Opération.* — Incision suivant l'axe de la tumeur jusqu'à deux doigts au-dessus de l'arcade. Les téguments sont libres, l'aponévrose superficielle aussi. Les muscles abdominaux sont incisés. La tumeur est isolée. Elle s'arrête au détroit supérieur, arrive jusqu'au contact

de la veine iliaque externe. Les ganglions iliaques externes paraissent sains; ils sont néanmoins excisés.

Le cordon est sectionné au point où il plonge dans le petit bassin. Une dizaine de ligatures. Suture des divers plans au catgut. Pas de drainage.

10 juin. — Réunion immédiate totale, sauf un petit abcès de suture à la partie inférieure. Le malade quitta l'hôpital le 21 juin

La santé resta parfaite jusque vers la fin mars 1893. Alors le malade éprouva quelques douleurs dans le bas-ventre; en juin, hématurie abondante qui se répéta dans les premiers jours d'août. Amaigrissement rapide. Ascite en septembre. Mort le 29 novembre 1893.— Examen de la tumeur : Fendue le long du canal déférent, la tumeur présente un aspect grisâtre avec des tractus fibreux et des points jaunes, mous, quelques îlots kystiques. Le tissu crie sous le scalpel.

Vers la partie moyenne, on perd la trace du canal déférent, il se confond avec le tissu néoplasique.

On le retrouve noduleux à l'extrémité supérieure de la tumeur. L'épididyme et le testicule sont sains, le tissu testiculaire est pâle et mou, dilatation des veines du cordon au dessous du néoplasme.

Examen microscopique (fait au laboratoire du professeur Lannegrâce). — Fixation avec la solution de sublimé. Coloration au picro carmin. Alvéoles formées par des tractus fibreux colorés en rose pâle entre lesquels existent isolées ou en petits îlots des cellules arrondies prenant plus fortement la couleur.

Dans les alvéoles, cellules cubiques ou polygonales; dans quelques alvéoles on trouve des cellules cubiques allongées, à gros noyaux fortement teintés de rouge. A la périphérie, longs boyaux de cellules cylindriques

longues circonscrivant une vraie lumière irrégulière.

Les ganglions avaient leur structure normale. Sur plusieurs coupes on a trouvé des éléments nouveaux du canal déférent. Il semble bien que ce n'est pas dans l'épithélium de ce canal que la néoplasie a eu son point de départ. Faut-il le mettre dans des portions du corps de Wolf? La disposition cubique et cylindrique des cellules dans de nombreux alvéoles, la formation en boyaux tapissés de cellules cylindriques seraient en faveur de cette opinion.

Observation IV

Publiée par Fergusson, The Lancet, 1856 (T. II, p. 11).

Tumeur fibreuse du scrotum enveloppant le testicule gauche et s'étendant dans le canal inguinal. — Ablation.— Guérison.

Jean C..., fermier, âgé de 49 ans, est admis à l'hôpital le 26 avril 1856 avec une tumeur du scrotum volumineuse lobulée et paraissant fluctuante.

Il y a 10 ans, il s'est aperçu d'une tumeur grosse comme une noix, dans le côté gauche du scrotum, accompagnée de douleurs lancinantes. Entré à l'hôpital dans le service de M. Fergusson, en juin 1852, il y subit l'opération qui le débarrassa de son mal. Tout caractère de malignité de la tumeur avait été écarté. Dans le cours de l'opération, M. Fergusson trouva le testicule gauche libre de toute connexion avec la tumeur et situé à sa partie inférieure. Aussi il se garda bien d'y toucher, ainsi qu'au cordon qui, situé au-dessus de la tumeur, s'était un peu allongé. Guérison paraissant complète.

Dix-huit mois après, nouvelle tuméfaction à gauche de la ligne médiane du scrotum qui, au bout de 2 mois, s'accom-

pagnait d'une autre tuméfaction située beaucoup plus bas. Ces tumeurs, en augmentant de volume, remontent vers l'aîne et s'accompagnent de douleurs violentes.

Le scrotum est aujourd'hui distendu et tiraillé; à gauche se dessinent assez distinctement deux tumeurs ayant toute l'apparence de kystes. La fluctuation est perçue sur tout le scrotum, excepté à droite, où le testicule est sain. La tumeur remonte dans la direction du canal inguinal jusqu'au niveau de l'orifice cutané.

Opération le 17 mai, sous chloroforme, — La tumeur était extrêmement volumineuse, siégeait dans le canal inguinal, et son extrémité supérieure remplissait le canal inguinal fermé du côté du péritoine. M. Fergusson fut obligé d'enfoncer une partie considérable de l'aponévrose du grand oblique et d'inciser les petit oblique et transverse.

Ces incisions terminées, il se trouva que la tumeur était un fibrome et non un kyste, dont elle avait tous les caractères extérieurs. A la superficie elle semblait divisée en plusieurs kystes qui donnaient au toucher une sensation de fluctuation. Mais tous les lobes de la tumeur étaient bien composés de tissu fibreux.

24 juin, guérison après un peu de suppuration.

CONCLUSIONS

Il existe au niveau du cordon spermatique des tumeurs de diverses natures : lipomes, fibromes, myxomes, sarcomes, carcinomes.

Les uns, lipomes, fibromes et myxomes, sont de nature bénigne ; les autres de nature maligne.

Toutefois des tumeurs primitivement bénignes pourraient présenter une dégénérescence sarcomateuse.

On pourrait rapprocher ces tumeurs des tumeurs mixtes de la parotide.

Les lipomes et les fibromes sont relativement fréquents, les sarcomes et les carcinomes sont rares.

Ces tumeurs dissocient également les éléments du cordon et tendent à adhérer au testicule, rendant rapidement inévitable la castration. Le seul traitement rationnel est l'ablation précoce de ces tumeurs, quelle qu'en soit la nature.

BIBLIOGRAPHIE

SARAZIN. — Lipomes du cordon. Thèse Paris, 1895, n° 513.
DEROYER. — Tumeurs solides du cordon. Thèse Paris, 1897, n° 349.
GABRYSZEWSKY. — Ass. un. sc. méd., 1898.
MAUCLAIR. — Soc. anat., 1896.
MALGAIGNE. — Thèse de concours, Paris, 1848.
PILLET et PASTEAU. — Soc. anat., 1897.
ALOMBERT-GOUGET. — Thèse Lyon, 1887.
BLACHEZ. — Soc anat., 1860. Tumeur du cordon offrant l'aspect de dégénérescence tuberculeuse.
BOTTINI. — Cancer primitif du cordon. Ann. nouv. di med., Milan, 1869.
BROCA. — Lipomes. Soc. anat., 1888.
BROSSARD. — Tumeurs du cordon. Arch. gén. de méd., 1884.
CHIPAULT. — Soc. anat., 1888.
DUBRUEIL. — Prov. m. et s. v., Lond., 1845.
JEFFREYS. — Lond. med. a. phys. s. 1827.
LENOIR. — Tumeur fibreuse du cordon. Soc. anat. de Paris, 1887.
LÉTIEVANT. — Tumeur fibro-graisseuse. Soc. anat. de Lyon, 1884.
MASON. — Med. New Phil., 1883.
MOULIN. — Soc. London, 1886.
POISSON. — Journ. de méd. de l'Ouest-Nantes, 1883.
TIZZONI et PARONA. — Ann. univ. de méd. et chir., Milan, 1877.
TRELAT. — Soc. de méd. et chir. prat., 1880.
VERNEUIL. — Soc. de chir., 1865.
VALSHAM. — Tr. path. Soc. Lond., 1879-80.
WATSON. — The Lancet, Lond., 1885.

GOULD. — The Lancet, 1893.
HUE. — Soc. de chir., 1893.
PANTALONI. — Arch. prov. chir., 1901.
PEYROT. — Soc. chir., 1902.
BRUNEAU. — Rev. chir., 1904.
MALAPERT. — Soc. anat., 1904.
MONOD. — Soc chir., 1903.
GROSSMANN. — Rev. des malad. cutanées, 1906.
FRACKIN et ROCHER. — Journ. de méd. de Bord., 1901.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 20 Mars 1908
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 20 Mars 1908.
Le Doyen
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !